安徽省第二人民医院

住院医师规范化培训学员信息登记表

培训专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |   | 出生年月 |  | 出生地 |  | 照片（插入电子照片直接打印） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | 工作单位（社会人学员可不填） |  |
| 是否取得医师资格证 |  | 证书编号 |  | 取得时间 |  | 发证机关 |  |
| 是否取得执业医师证书 |  | 证书编号 |  | 取得时间 |  | 发证机关 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学习经历（从高中填起，学位请注明专业学位或科学学位） | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 职称 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 年 月 日